



INFORME ASESORÍA

Mes de Mayo de 2018

Descripción breve:

La eutanasia en debate. Enfoque de la ley 20.584 e implicancias en el sistema de salud.

Juan de Dios Parra Sepúlveda
Asesor

Contenido

Introducción	3
Conceptos.....	3
Eutanasia activa	3
Eutanasia pasiva.....	4
Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)	4
La ortotanasia, muerte digna o el Buen Morir.....	4
Directrices avanzadas y anticipadas.....	5
Situación actual en Chile	5
Situación internacional	7
1) Eutanasia activa	7
2) Eutanasia pasiva.....	7
Muerte digna, el buen morir y limitación del esfuerzo terapéutico (LET)	8
Posición del Colegio Médico.....	9
Declaraciones de la Presidenta del Departamento de Ética del Colegio Médico (Gladys Bórquez)	9
Declaraciones de la presidenta del Colegio Médico:	10
Cuidados paliativos	11
Enfermedades que requieren cuidados paliativos	12
Principales síntomas que tratan los cuidados paliativos.....	12
Población chilena frente a la eutanasia	13
Legislación actual en Chile.....	13
Eutanasia activa	13
Eutanasia pasiva.....	13
Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)	13

Directrices avanzadas y anticipadas.....	15
El Derecho al “Buen morir”	15
Conclusiones.....	16
Bibliografía	18

Introducción

Le eutanasia es definida por la Real Academia Española de la lengua mediante dos acepciones:

- ✓ Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura.

y

- ✓ Muerte sin sufrimiento físico.

A simple vista podemos comprobar que ambas definiciones son muy diferentes entre sí. Ambas hablan de muerte, pero la primera habla de enfermedad terminal mientras que en la segunda habla de sufrimiento físico. Podrían ser complementarias ya que no se refieren al mismo concepto. La primera sería eutanasia y la segunda sería más bien ortotanasia.

Dado el uso de las diferentes acepciones en el lenguaje común, es importante usar términos más concretos.

Conceptos

Tradicionalmente el concepto de eutanasia se ha venido dividiendo en activa y pasiva, éste concepto tiene también muchos matices. Para efectos del análisis aclararemos el significado de los dos tipos de eutanasia y otros términos de interés:

Eutanasia activa

El acto médico de terminar con la vida de un paciente, bajo la voluntad del mismo paciente. Esto, bajo las condiciones previamente descritas, y al alero de una normativa que lo regularice.

Es importante en esta definición el concepto de voluntad. Es el propio enfermo el que pide que se termine con su vida mediante diferentes procesos que expresan su voluntad de manera reiterada en el tiempo.

Eutanasia pasiva

El acto médico de retirar, suspender o no iniciar un tratamiento que se limita a prolongar la vida de un paciente que se encuentra en situación de enfermedad terminal o irreversible.

En este tipo de eutanasia no se habla de voluntad ni tampoco, no se terminaría con la vida, sino que se suspenderían aquellos tratamientos que tienen como único objetivo el alargar la vida.

Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)

Consiste en no aplicar medidas desproporcionadas para propósitos terapéuticos en pacientes con mal pronóstico. Contempla tanto la omisión como el retiro de tratamientos.

Este concepto se solapa con la eutanasia pasiva en la suspensión de tratamientos. Aquí se sacarían aquellos desproporcionados.

La ortotanasia, muerte digna o el Buen Morir

Designa la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable o en fase terminal.

(Los teólogos hablan de ortotanasia, pues el término eutanasia (del griego euzanasía = buen morir) se mancilló al aceptar acelerar o causar la muerte solicitada.)

Por extensión se entiende como el derecho del paciente a morir dignamente, sin el empleo de medios desproporcionados y extraordinarios para mantener la vida. En este sentido, ante enfermedades incurables y terminales se debe procurar que se actúe con tratamientos paliativos para evitar sufrimientos, recurriendo a medidas razonables hasta que llegue la muerte.

La ortotanasia se distingue de la eutanasia en que la primera nunca pretende adelantar o acelerar deliberadamente la muerte del paciente.

Directrices avanzadas y anticipadas

Son aquellos documentos que el paciente deja en manos del médico en donde expresan la voluntad del paciente con anterioridad a estar incapacitado.

Estas directrices han demostrado estar estrechamente relacionadas con una mayor autonomía del paciente. Los pacientes que dejan directrices prefieren:

- Morir en la casa, más que en el hospital (conllevando menores gastos de salud).
- Rechazan medidas artificiales de nutrición.

Sin embargo, en pacientes con demencia se suele privilegiar el criterio del médico y de los familiares antes que tener en cuenta las voluntades del paciente. Es decir; las directrices anticipadas no aseguran el cumplimiento de las mismas.

Situación actual en Chile

Actualmente la eutanasia en Chile está legislada por la ley 20.584, especialmente está regulada en el artículo 16 que dice así:

Artículo 16.- La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.

Este derecho de elección no resulta aplicable cuando, como producto de la falta de esta intervención, procedimiento o tratamiento, se ponga en riesgo la salud pública, en los términos establecidos en el Código Sanitario. De esta circunstancia deberá dejarse constancia por el profesional tratante en la ficha clínica de la persona.

Para el correcto ejercicio del derecho establecido en el inciso primero,

los profesionales tratantes están obligados a proporcionar información completa y comprensible.

Las personas que se encuentren en este estado tendrán derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte. En consecuencia, tienen derecho a los cuidados paliativos que les permitan hacer más soportables los efectos de la enfermedad, a la compañía de sus familiares y personas a cuyo cuidado estén y a recibir, cuando lo requieran, asistencia espiritual.

Siempre podrá solicitar el alta voluntaria la misma persona, el apoderado que ella haya designado o los parientes señalados en el artículo 42 del Código Civil, en orden preferente y excluyente conforme a dicha enunciación.

De este modo una persona en estado terminal podría suspender el uso de tratamientos que le alargaran artificialmente la vida. Sin embargo, ello no será aplicable cuando el rechazo al tratamiento podría acelerar la muerte, ponga en Riesgo la salud pública, se trate de prácticas eutanásicas o de auxilio al suicidio

En el mismo sentido, el artículo 14 de la ley 20.584 expone:

En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio.

De este modo la ley no permite prácticas eutanásicas (como la eutanasia pasiva, se entiende) es decir; retirar, suspender o no iniciar un tratamiento que se limita a prolongar la vida de un paciente terminal.

Para que un paciente pueda ser clasificado como terminal se deben cumplir las siguientes condiciones:

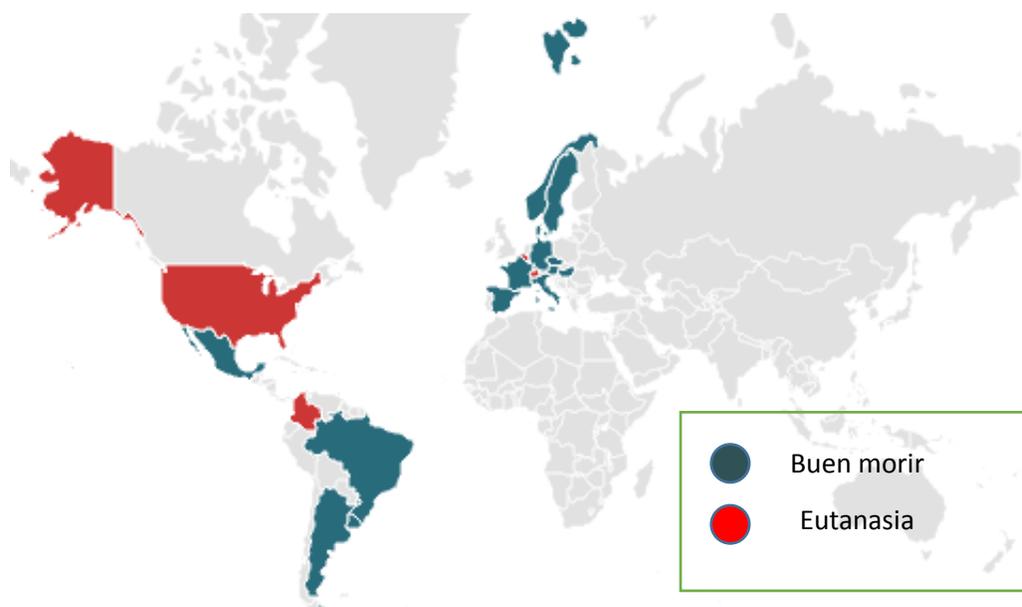
- a) Ser portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto.
- b) La enfermedad o condición diagnosticada debe ser de carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en un plazo relativamente breve.

Existen también una serie de procedimientos médicos de variable complejidad que se pueden limitar. Entre estos se encuentran la Ventilación mecánica invasiva, cateterismo central, intervenciones quirúrgicas, alimentación e hidratación, entre otros.

Muerte digna, el buen morir y limitación del esfuerzo terapéutico (LET)

Hay algún paso antes de la eutanasia que sería la muerte digna, que estaría estrechamente ligada con los cuidados paliativos. Las legislaciones en el mundo en 2015 estaban del siguiente modo:

Ilustración 2: Eutanasia y el buen morir (la nación 2015)



Por ejemplo en Argentina se sumó a la lista de países que permiten la muerte digna en el año 2015. Allí: los pacientes pueden negarse a recibir procedimientos, cirugías y medidas de soporte vital, cuando "sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a las perspectivas de mejoría". En Chile se habla de:

Artículo 16.- La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida,

sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. (aunque añada en el artículo 14 que no podrán realizarse prácticas eutanásicas)

Posición del Colegio Médico

Declaraciones de la Presidenta del Departamento de Ética del Colegio Médico (Gladys Bórquez)

La presidenta del Departamento de Ética del Colegio Médico expresa que hay dos derechos:

- un derecho a escoger el final de la vida (eutanasia activa o pasiva), pero también
- un derecho al acceso a los cuidados paliativos al final de la vida (derecho a reducción del sufrimiento).

Explica que: en los países en donde hay eutanasia legalizada se ha visto que muchas personas resuelven finalmente por el uso de unos cuidados paliativos adecuados. Los dos derechos deberían ir juntos. El país (Chile) tiene unos cuidados paliativos en GES, pero únicamente incluyen la patología oncológica. Muchas enfermedades crónicas que producen dolor y sufrimiento no están incluidas.

A veces al usar más tecnología sin consultar al paciente estamos produciendo más dolor. La población chilena tiene la limitación del esfuerzo terapéutico a su disposición que es poco conocida. Sin embargo hay una deficiencia en el tratamiento del dolor.

Además, en Chile no se acepta el rechazo de una terapia cuando ella puede acelerar la muerte. También está el tema de las voluntades anticipadas que yo pueda decir que voy a querer cuando muera.

El rechazo a la terapia es algo que en mundo se acepta. El rechazo a la terapia, la limitación del esfuerzo terapéutico y la sedación terminal son cosas que en la práctica médica, en el mundo ético y en el mundo social está permitido.

Si la sociedad quiere avanzar hacia la eutanasia, es algo que debería de ser regulado, que no puede quedar al criterio del médico.

De este modo Gladys Bórquez. Presidenta del departamento de ética del colegio médico, acepta que en el mundo médico chileno se realizan actos como la limitación del esfuerzo terapéutico, sedación terminal o el rechazo a la terapia, por ejemplo.

Declaraciones de la presidenta del Colegio Médico:

En este punto estamos al debe como país, sobre todo con el manejo de los tratamientos paliativos, que en el sector público está acotado al cáncer, y existen otras enfermedades que no tienen buen manejo del dolor, de las patologías terminales, cosa que está concatenado con la regulación de la eutanasia. Sin este piso, es muy difícil avanzar a una regulación legal como la que tienen los países nórdicos u otros estados.

El derecho de los cuidados paliativos está en la Ley de Derechos y Deberes, pero en su aplicación ocurre que se encuentra restringido al cáncer, por lo que los fármacos, los especialistas y la capacitación en el manejo del dolor está enfocada a esa área y para el resto es precario. Existen voluntades particulares, pero no se encuentra una legislación que sea efectiva. Estos padeceres son los que hay que definir para establecer que es mejor morir que mantenerse vivo sufriendo.

En general, las asociaciones médicas mundiales mantienen posiciones en contra de la eutanasia(...).

Antes la medicina era muy paternalista. Actualmente las cosas han cambiado y se entiende, en las sociedades modernas, que son las personas las que deben decidir cómo intervenir sus cuerpos, sobre su salud y su enfermedad. Cuando se involucra a la medicina hay que buscar consensos respecto de qué tipo de patologías y cómo objetivamos que efectivamente le dé menos sufrimiento que mantenerse vivo.

A pesar de que es un tema importante, sobre todo con los casos que hemos conocido, quizás no es nuestra principal urgencia. Fortalecer los cuidados paliativos sería más importante que avanzar en esta legislación; hay temas de financiamiento y acceso a la salud que hacen que las personas que no quieren morirse, efectivamente se mueran en nuestros servicios de urgencia por ser pobres. Eso es mucho más movilizador y requiere más energías, aunque sin competir con un tema que demuestra los avances de nuestra sociedad, respecto del momento de la decisión del paciente respecto del fin de vida.

Como expresa la presidenta del colegio médico, en el artículo 16 se habla del derecho a los cuidados paliativos de los pacientes:

Las personas que se encuentren en este estado tendrán derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte. En consecuencia, tienen derecho a los cuidados paliativos que les permitan hacer más soportables los efectos de la enfermedad, a la compañía de sus familiares y personas a cuyo cuidado estén y a recibir, cuando lo requieran, asistencia espiritual.

Aunque está legislado, estos cuidados paliativos en la realidad únicamente existirían en el caso de la enfermedades oncológicas. Extender estos cuidados paliativos serían un acercamiento al Buen morir.

Así, aunque la ley existe y está en vigor, no es cumplida, seguramente por falta de financiación.

Cuidados paliativos

Aunque en Chile los cuidados paliativos únicamente se centran en el cáncer, la situación en otros países es diferente:

Estos son una rama de medicina que se encarga de prevenir y aliviar el sufrimiento, así como brindar una mejor calidad de vida a pacientes con enfermedades graves y que comprometen su vida, tanto para su bienestar como para su familia. Los cuidados paliativos se aplican a pacientes que cursan con enfermedades terminales que se encuentran fuera de un tratamiento médico o en enfermedades graves que cursan tratamientos que prolongan la vida.

Los principales objetivos de los *cuidados paliativos* pueden resumir en los siguientes puntos:

1. El manejo de los síntomas que ponen en una situación de sufrimiento al paciente y/o a sus familiares.
2. Establecer las metas de tratamiento de acuerdo a las preferencias del paciente.
3. Mantener la comunicación entre el paciente, su familia o cuidadores y todo el equipo médico involucrado en el tratamiento de su enfermedad.
4. Proporcionar apoyo psicosocial y espiritual al paciente y a sus familiares.

Enfermedades que requieren cuidados paliativos

Es amplio el conjunto de enfermedades que pueden requerir la aplicación de *cuidados paliativo*. Algunos ejemplos de las enfermedades que en algún momento requieren más frecuentemente de los *cuidados paliativos* son:

1. Cáncer.
2. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).
3. Enfermedades del corazón avanzadas.
4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
5. Enfermedad renal crónica (Insuficiencia renal crónica terminal).
6. Enfermedades neurológicas avanzadas o que no tienen tratamiento como la mayoría de las demencias (como la de tipo Alzheimer).

Principales síntomas que tratan los cuidados paliativos

Los síntomas que se tratan son muy variados y dependen del tipo de enfermedad, pero también hay molestias secundarias causadas indirectamente por la misma, el ambiente social y los aspectos psicológicos que la enfermedad en sí conlleva. Estos síntomas incluyen:

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Control del dolor. | 8. Náusea. |
| 2. Tratamiento de la depresión. | 9. Constipación (estreñimiento). |
| 3. Manejo de la ansiedad. | 10. Diarrea. |
| 4. Tratamiento del <i>delirium</i> | 11. Anorexia (falta de apetito). |
| 5. Fatiga. | 12. Lucha con la enfermedad. |
| 6. Disnea (falta de aire). | 13. Aspectos sociales. |
| 7. Insomnio. | |

El dolor crónico puede causar un deterioro funcional, trastornos psicológicos, y alteraciones en el sueño. Se ha descrito que el 80% por ciento de los pacientes con dolor crónico informan que el dolor interrumpe sus actividades de la vida diaria, y dos tercios indican que el dolor ha

repercutido negativamente en las relaciones personales. El dolor crónico es un problema grave tanto médico como social.

Población chilena frente a la eutanasia

Según una encuesta realizada por la Universidad Diego Portales a residentes de 86 comunas del país (entre la región de Arica y Parinacota y la X Región de los Lagos), un 70,2% se mostró de acuerdo con la afirmación que “un enfermo terminal tiene derecho a solicitar su muerte asistida”.

Legislación actual en Chile

Eutanasia activa

El acto médico de terminar con la vida de un paciente, bajo la voluntad del mismo paciente. Esto, bajo las condiciones previamente descritas, y al alero de una normativa que lo regularice.

Es ilegal.

Eutanasia pasiva

El acto médico de retirar, suspender o no iniciar un tratamiento que se limita a prolongar la vida de un paciente que se encuentra en situación de enfermedad terminal o irreversible.

Es ilegal. Según los artículo 14 y 16 de la ley 20.584 (aunque en la ley no se explicita el significado de “prácticas eutanásicas”):

En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio.

Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)

Consiste en no aplicar medidas desproporcionadas para propósitos terapéuticos en pacientes con mal pronóstico. Contempla tanto la omisión como el retiro de tratamientos.

La ley explica: (Art. 16) En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.

Sin embargo, el enunciado no es comprensible para las personas que deberían aplicarlo; necesitaría una aclaración:

"El que se diga que no se debe acelerar la muerte es impreciso y produce confusión", señalaron en la Clínica Alemana (La segunda):

El jefe de Comité de Ética de la Clínica Alemana, doctor Juan Pablo Beca , indicó esta mañana a "La Segunda" que "cuando se limita el tratamiento no se busca producir la muerte, sino evitar sufrimiento. El que se diga que no se debe acelerar la muerte es un término impreciso y produce confusión. Lo que es claro en medicina es que no siempre se puede o debe hacer todo".

Opinión similar tiene el jefe del Comité de Ética de la Clínica Las Condes, doctor Armando Ortiz , quien asegura que la nueva normativa no regula la situación de los enfermos en situación terminal. "En el fondo se quiere reconocer el derecho de autonomía de las personas, siempre y cuando esto no signifique la muerte. Pero no se define cómo se hace esto; en forma tímida se deja entrever que en ningún caso el rechazo del tratamiento podrá tener como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte", señala el facultativo.

Por su parte, desde el Hospital Clínico de la Universidad de Chile , "si bien es cierto que (la ley) determina que el paciente tiene el derecho de decidir la suspensión del tratamiento, no especifica mucho en qué punto uno como médico va a poder decidir cuáles son los factores que llevan a la suspensión del tratamiento. No es explícita al decir cuál es el 'soporte vital' del paciente que podría ser un ventilador, el suero, o la alimentación intravenosa".

Talia Yudín, doctora jefa del Comité de Ética de la Clínica Oncológica de la Fundación Arturo López Pérez , aseguró que la ley es muy general y que la gente (del ministerio) se encuentra trabajando en definir la normativa. "Ahí probablemente se defina detalladamente qué se entiende por soporte vital y por acelerar artificialmente el proceso de muerte".

El hecho de que los jefes de los comités de ética de las dos más importantes clínicas del país debatan sobre el real significado de la expresión (y no lleguen a ninguna conclusión clara), debería hacernos plantear si es adecuada.

Sin embargo dicha ley (20.584) sí deja la siguiente salida:

Siempre podrá solicitar el alta voluntaria la misma persona, el apoderado que ella haya designado o los parientes señalados en el artículo 42 del Código Civil, en orden preferente y excluyente conforme a dicha enunciación.

Es decir, podría morir en la casa sin ningún tratamiento.

Directrices avanzadas y anticipadas

Son aquellos documentos que el paciente deja en manos del médico en donde expresan la voluntad del paciente con anterioridad a estar incapacitado.

Aunque según la ley 20.584 los pacientes anuncia:

Artículo 14.- Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16.

No existen habitualmente en Chile hojas de directrices para que los pacientes digan su opinión en el caso que sea necesaria la limitación del esfuerzo terapéutico.

El Derecho al “Buen morir”

Según aporta el Doctor Juan Pablo Beca, director del Centro de Bioética de la facultad de medicina de la Clínica Alemana (Universidad del desarrollo), en una entrevista realizada en el año 2010:

La cultura actual ha llevado a una medicalización exagerada en el proceso de salir de la vida, formas que muchos consideran alejadas del concepto del “buen morir”. Buscar una muerte digna ha llevado a gran cantidad de países a promulgar leyes de derechos para los pacientes que establecen formas de participación de las personas para gestionar sus vidas. Sin embargo, los

enfermos siguen recibiendo prestaciones excesivas e inútiles que solo prolongan los pocos días de sufrimiento, con enormes costos económicos. Es lo que hoy se conoce como “obstinación terapéutica”. Familiares y médicos intentan respetar la vida , pero solo logran provocar sufrimiento y prolongar la agonía.

Los enfermos necesitan morir en paz, eso es morir sin dolor, acompañado de quienes más les quieren y reconciliarse con los demás o incluso con un Dios.

Ese proceso tiene que ser enfrentado y aceptado primeramente por los familiares y también por los médicos. Mientras se pida a los doctores que hagan todo lo posible, los pacientes no tendrán una “buena muerte”.

La falta de claridad acerca del cuidado final de la vida puede atentar contra ella. El Parlamento deberá discutir y modificar el articulado hasta llegar a un texto que exprese con claridad la voluntad ciudadana y honre los principios bioéticos basados en el respeto a la dignidad de la vida humana.

Conclusiones

En general, los responsables de la aplicación de la ley 20.584 tuvieron problemas de comprensión de dicha ley. Sería necesario que alguien explicara los diferentes conceptos que aparecen y que tienen más de una acepción, haciendo, actualmente, imposible la comprensión de la misma.

Por otro lado, según la opinión de diferentes médicos, tal vez debieran ser mejoradas las prestaciones de cuidados paliativos antes de permitir la eutanasia; estos cuidados paliativos deberían entrar en el GES. Al no haber tratamiento alternativo para el dolor, probablemente muchas personas que se ven obligadas a sufrir diariamente querrían ser aliviadas mediante el uso de la eutanasia.

Actualmente existe gran cantidad de pacientes terminales sin tratamiento de cuidados paliativos. Si a ellos se les diera la posibilidad de realizarse una eutanasia posiblemente aceptarían. Que aceptaran sería un escándalo para el país. Tal vez debería ser escandaloso que esas personas estén padeciendo por problemas burocráticos.

Mientras no exista ni la posibilidad de la eutanasia ni la de cuidados paliativos para gran parte de los chilenos en fase terminal, ellos seguirán sufriendo un dolor innecesario antes de morir.

Uno no querría encontrarse en esa situación. Esperaría, al menos, que le dieran analgésicos en grandes dosis, mientras espera una respuesta.

Bibliografía

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001200012

Carrasco, V. H., & Crispi, F. (2016). Eutanasia en Chile: una discusión pendiente. *Revista médica de Chile*, 144(12), 1598-1604.

<https://www.elperiodico.com/es/mas-periodico/20170219/legal-en-cinco-paises-5844527>

El periódico. La eutanasia, legal en cinco países. Consultado el 23 de abril de 2018

<https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/678.pdf>

Carrasco, M., Hugo, V., & Crispi, G. (2015). Eutanasia activa, una mirada a la situación internacional. *Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile*, 26(4), 322-328.

<https://www.elciudadano.cl/chile/pdta-colegio-medico-entra-debate-eutanasia-fortalecer-cuidados-paliativos-seria-mas-importante-avanzar-esa-legislacion/02/07/#ixzz5DasC1nV8>

El ciudadano. Entrevista con la presidenta del Colegio Médico. Consultado el 24 de Abril de 2018

<https://www.academia.cat/files/425-11062-DOCUMENT/DolorAgutICronic.pdf>

Dolor Agudo y Crónico. Clasificación del Dolor. Historia clínica en las Unidades de Dolor. Consultado el 24 de Abril de 2018.

<http://www.lasegunda.com/noticias/nacional/2012/10/784978/clinicas-y-hospitales-advierten-vacios-en-la-garantia-que-permite-el-buen-morir-en-ley-de-derechos-y-deberes-de-los-pacientes>

La segunda. Clínicas y hospitales advierten vacíos en la garantía que permite el "buen morir" en Ley de Derechos y Deberes de los pacientes. Consultado el 24 de abril de 2018.

<https://www.lanacion.com.ar/1808442-que-paises-permiten-la-muerte-digna>

La Nación. ¿Qué países permiten la muerte digna?. 7 de julio de 2015. Consultado el 25 de abril de 2018.

<http://www.theclinic.cl/2012/10/22/el-buen-morir/>

El Buen morir. The Clinic. Consultado el 25 de Abril de 2018.

<http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/noticias/2010/08/05/el-derecho-al-buen-morir/>

EL DERECHO AL "BUEN MORIR". Por Dr. Juan Pablo Beca, director del Centro de Bioética, Facultad de Medicina Clínica Alemana- Universidad del Desarrollo. Universidad del desarrollo. Consultado el 25 de Abril de 2018.

<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>

Ley 20.580 Biblioteca Nacional del Congreso. REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD
Consultada el 26 de abril de 2018